

пациента на участие в оказании ему медицинской помощи студентам и стажерам становится все труднее.

Результаты

Внедрение симуляционного обучения профессиональной деятельности для каждого обучающегося, использование его в качестве дополнительного, но обязательного этапа аттестации и распространение информации о возможностях этого этапа подготовки специалистов среди пациентов могло бы значительным образом поправить эту ситуацию. Традиционно система обучения медицинских специалистов обеспечивалась работой кафедр в ВУЗах или преподавателей в колледжах. Такое обучение подразумевало теоретическую подготовку в виде лекций и семинарско-практических занятий, а также обучение через осуществление медицинской деятельности под контролем работников образовательных организаций на практических занятиях или производственной практике.

Выводы

Процесс обучения медицинских специалистов в современных условиях наиболее эффективен при использовании инновационных обучающих технологий с использованием компьютерных симуляторов, специальных фантомов, муляжей и тренажеров, обеспечивающих создание виртуальных медицинских вмешательств и процедур. Симуляционные технологии сегодня предназначены для формирования и совершенствования профессиональных и коммуникативных умений и навыков по основным медицинским специальностям.

Симуляционное обучение в медицинском образовании - это современная технология обучения и оценки практических навыков, умений и знаний, основанная на реалистичном моделировании, имитации клинической ситуации или отдельно взятой физиологической системы, для чего могут использоваться биологические, механические, электронные и виртуальные (компьютерные) модели. Симуляция, или моделирование, является альтернативой обучению студентов-медиков на пациентах. Далеко не всегда при прохождении клинических дисциплин есть возможность осуществлять полноценный разбор курируемых больных и контроль преподавателя за качеством выполнения обучающимися объективного обследования пациента. И поэтому появление возможностей в организации фантомного и симуляционного обучения студентов является необходимым направлением в учебном процессе.

АНАЛИЗ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ СТАНДАРТОВ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ВРАЧЕЙ-КУРСАНТОВ НА БАЗЕ ЦЕНТРА СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ И АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ РЯЗГМУ

Е.Н.Танишина, И.В.Бахарев

ФГБОУ ВО Рязанского Государственного Межвузовского Университета Минздрава России, Рязань

Актуальность

Как показывает ряд исследований, большинство выпускников медицинских вузов, а также многие практикующие врачи, обладая необходимыми профессиональными знаниями и качествами, как теоретически, так и практически, являются недостаточно подготовленными к правильному и адекватному выполнению СЛР. Подобная ситуация актуализирует широкое внедрение симуляционных образовательных технологий на базе Центров симуляционного обучения в практику последипломной подготовки врачей различных специальностей и с разным стажем работы, в связи с чем приобретает особую весомость вопрос о соответствующей дифференциации обучения, вытекающей из различного исходного уровня теоретических знаний и практических навыков курсантов. Последние показатели в публикациях последних лет оцениваются лишь суммарно, без учета стажа и специализации врачей.

Цель

Целью данного исследования являлось получение дифференцированной оценки знаний современного европейского алгоритма СЛР среди врачей в зависимости от места их работы и стажа врачебной деятельности перед проведением однодневного тренинга по модулю «Базовая сердечно-легочная реанимация».

Материалы и методы

Проанализировано 392 анкеты с вопросами по методике проведения СЛР, заполненные курсантами перед началом занятий, посвященных отработке и закреплению навыков СЛР, соответствующих европейским стандартам.

Результаты

Средний стаж врачебной деятельности обучаемых - $13,9 \pm 3,3$ лет ($p < 0,05$). По месту работы выделены 4 группы курсантов: работающие в городских и областных стационарах общего профиля - 144, в специализированных стационарах (кардиодиспансер, психбольница, туберкулезный диспансер и пр.) - 75, в ЦРБ - 67, в поликлиниках - 106. В каждой группе регистрировалось количество правильных ответов на конкретные вопросы, выражаемое в % по отношению к общей численности группы. Полученные показатели проанализированы с использованием методов вариационной статистики.

Обсуждение

Анализ приведенных результатов опроса и тестирования врачей курсантов в Центре симуляционного обучения и аккредитации специалистов РязГМУ показывает определенную дифференциацию в уровне теоретических знаний стандартов, необходимых для успешного выполнения СЛР, зависимых как от места работы, так и от врачебного стажа.

Выводы

Выявленные различия в подготовке требуют уделить особое внимание симуляционному обучению врачей ЦРБ и поликлиник. Подобные различия в подготовке требуют особого учета в дальнейшем симуляционном обучении. При этом, в ходе обучения особенно важной представляется унификация теоретических знаний и стандартов проведения СЛР среди врачей городских стационаров, ЦРБ и поликлиник.

ВНЕДРЕНИЕ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОДГОТОВКУ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Лисовский О.В., Гостимский А.В., Прудникова М.Д., Лисица И.А., Кочарян С.М., Краковская К.А., Абубакарова М.Р., Лихачевская И.В., Мусаева А.Ш.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Актуальность

Повседневная работа врачей поликлинического звена регламентируется приказом Министерства Здравоохранения РФ №290Н от 02.06.2015г. («Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением пациентов врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового...»). Вместе с тем, высокая обращаемость на первичные приемы в поликлиниках наряду с несоблюдением принципов бережливого здравоохранения ведет к потерям и дефектам оказания медицинской помощи. Среди существующих потерь особое внимание следует уделить времени ожидания пациентом приема или манипуляции, отсутствие логистики движения пациентов на амбулаторном этапе, смешение потоков здоровых и больных детей, поиск карт при обращении пациента в регистратуру непосредственно перед приемом врача, длительное прохождение профилактического осмотра детей в возрасте 1 года и старше, недостаточное информационное сопровождение. Список проблем поликлиник может быть продолжен, но вышеупомянутые проблемы уже не позволяют на должном уровне вести прием, не задумываясь об организации рабочих процессов. Также существуют по-

тери во время приема, связанные со сбором анамнеза и заполнением медицинской документации, включая статистические талоны, журналы учета и регистрации нозологических форм. Таким образом, рационально используется менее 50% рабочего времени, что ведет за собой необходимость работать с пациентом сверх регламентированных законом временных норм и, как следствие, негативное отношение населения к качеству оказания медицинской помощи на первичном приеме участковых врачей-специалистов.

Цель

Анализ и оптимизация работы врачей-педиатров на амбулаторном приеме соблюдая принципы бережливости здравоохранения.

Материалы и методы

В Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете создан «Учебный центр эффективной помощи «Бережливая поликлиника». Задачей Центра является проведение фабрик процессов с выявлением проблем первичного приема и последующей оптимизацией работы специалистов, позволяющей уменьшить потери. Моделирование фабрики процессов первичного приема врачами-специалистами в реальном времени, вебинаров и удаленных курсов, деловых игр и наглядных кейсов с последующим анализом проделанной работы позволило организовать рабочее пространство в кабинете специалиста и увеличить время на осмотр пациента как за счет упразднения лишнего документооборота, так и за счет перераспределения функциональных обязанностей среднего медицинского персонала.

Результаты

Проведение фабрики процессов «Прием участкового врача-педиатра» ориентирован на детей до года и детей старшего возраста. В учебном центре моделировались обе фабрики. Прием проводился в трех кабинетах имитируя реальные участки поликлиники. На начальных этапах выявлены проблемы на рабочем месте. Выявлено отсутствие единого представления о текущем и целевом состоянии процесса, технике картирования и видах потерь и, конечно, о возможностях оптимизации, направленных на улучшение как расположения рабочих мест в кабинетах, взаимодействия между сотрудниками, так и расположении подручных средств на рабочем месте. При повторном проведении приемов аналогичными специалистами время первичного приема детей до 1 года удалось уменьшить на 4 минуты (исходные показатели - 12 мин.), что позволило больше времени уделить пациенту. Отдельное внимание уделялось непрофильным пациентам, пришедшим без записи и опоздавшим. Во время проведения фабрики процессов наблюдение велось и за временем ожидания в коридоре. Так, путем перераспределения обязанностей медицинских сестер, удалось получить целевые показатели времени ожидания в очереди, сократив их от 45 до 20 мин.

Выводы

Проведение фабрики процессов в условиях Учебного центра эффективной подготовки врачей и комплексное внедрение всех описанных мероприятий позволяет оптимизировать условия для эффективной и качественной работы медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений и, как следствие, улучшить качество оказания медицинской помощи населению на первичном приеме.

СИСТЕМА «ТРИАЖ», ИЛИ РЕШИТЬ ЗА 30 СЕКУНД...

Алтухова И.В. (1), Зарипова З.А. (2)

Крымский симуляционный центр, Симферополь
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Актуальность

В существующем ФГОС по специальности «Лечебное дело» не предусмотрены часы на освоение дисциплины

«Скорая медицинская помощь». В связи с этим выпускники, как специалисты первичного звена, не имеют полного представления о том, каким образом вести ситуацию с несколькими пострадавшими, не готовы психологически начать оказывать помощь и на практике никогда реально не отработывали медицинскую сортировку. Это обусловлено как самой системой обучения, так и работой в гражданском здравоохранении, спокойными условиями труда и мирным временем. В Крымском симуляционном центре, где обучают сотрудников скорой медицинской помощи, работа строится на полном реализме действий, с многократным повторением, без фразы «допустим, сделали». Результатом этой деятельности у фельдшеров и врачей формируется устойчивый навык, который необходим им в практической деятельности, что является мотивацией в обучении взрослых. Кроме того, умение работать в команде позволяет эффективно использовать имеющиеся ресурсы.

Цель

Внедрить опыт медицинской сортировки в условиях массового поступления пострадавших с использованием симуляционных технологий в обучение студентов медицинских вузов, начиная с младших курсов

Материалы и методы

Нами использована программа обучения фельдшеров и врачей скорой медицинской помощи, разработанная в Крымском симуляционном центре, по которой производилась подготовка бригад для реальной практической деятельности. На базе Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова под кураторией действующих сотрудников скорой медицинской помощи проводилась подготовка студенческих команд на соревнования по тем же принципам, по аналогичной программе. Для проверки навыков был организован и проведен «Большой симулятор - 2018» в рамках Всероссийского конгресса «Актуальные вопросы медицины критических состояний».

Результаты

Команды студентов, подготовленные с использованием симуляционных технологий с максимальным реализмом и многократной отработкой навыков сортировки в различных условиях, в течение года занимали призовые места на различных соревнованиях (Казань, Ставрополь, Санкт-Петербург), где были этапы массового поступления пострадавших. Бригады скорой медицинской помощи, прошедшие обучение в Крымском симуляционном центре, также занимают первые места на Всероссийских соревнованиях. Кроме того, отмечено повышение выживаемости пациентов на догоспитальном этапе у этих бригад.

Выводы

В программу, которая построена на существующих европейских стандартах и адаптирована к российским условиям, как обязательный компонент включена многокомпонентная медицинская сортировка. То, что команды, подготовленные по данной программе, завоевали за последний год первые места, показывает её эффективность, а повышение выживаемости пациентов показывает необходимость интеграции её в систему обучения студентов, а не только при подготовке к соревнованиям.

ГИБРИДНАЯ СИМУЛЯЦИЯ «СЕРДЕЧНО-ЛЕГочная РЕАНИМАЦИЯ С ИНТУБАЦИЕЙ ТРАХЕИ» В ОБУЧЕНИИ НЕОНАТОЛОГОВ

Крюкова А.Г., Викторов В.В.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

Актуальность

В настоящее время большинство симуляционных центров оснащены моделями роботов-симуляторов новорожденного с компьютерным управлением. Программное обеспечение робота-симулятора новорожден-